Ribeiro, J. V.

THESE

DE

José Valente Ribeiro

THESE

Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1905

PARA SER DEFENDIDA

POR

José Valente Ribeiro

NATURAL DO ESTADO DE ALAGOAS

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

Do tratamento das phlebectasias

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

IMPRENSA MODERNA DE PRUDENCIO DE CARVALHO

Rua S. Francisco n. 29

1905

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDO BRITTO
VICE-DIRECTOR—Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
J. Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histologia
Augusto C. Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Raymundo Nina Rodrigues	Medicina legal e Toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
	5.ª SECÇÃO
Braz Hermenegildo do Amaral J.	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica 2.ª cadeira
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
J. Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Lentes Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho (interino)	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.
Josino Correia Cotias	4.ª »
Antonino Baptista dos Anjos (interino)	5.ª
João Americo Garcez Fróes	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.ª »
J. Adeodato de Sousa	8.ª
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Carlos Ferreira Santos	11. »
Luiz Pinto de Carvalho (interino)	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

Do tratamento das phlebectasias

Exposto Geral

Nas eras antigas, quando o reposteiro da ignorancia cerrava as portas dos conhecimentos verdadeiramente scientificos da Medicina; na epocha em que jamais se sonhava a existencia de um systema vascular onde o sangue circulando, fosse levar á trama intima dos tecidos a condição de sua vitalidade, Ambroise Paré dava como causa das phlebectasias ou varices e da mór parte dos processos morbidos, uma alteração humoral que elle exprimia nesta elegante phrase — *sangue melancholico.*

Mais tarde, os pathologistas attribuiram grande importancia pathogenica ás condições locaes da circulação e á alteração primitiva das paredes vasculares, e dest'arte duas theorias surgiram: a mechanica e a anatomo-pathologica.

Na explicação da primeira destas theorias, os seus propagadores dão como factor capital as acções mechanicas exercidas pela pressão sanguinea, influenciadas pela gravidade e alliadas á insufficiencia valvular e á abstenção muscular.

Será a estação vertical que reunirá todas essas causas.

Com effeito, nessa attitude, a corrente venosa se esforça por chegar a cavidade cardiaca e para seguir o seu curso normal é preciso que ella vença a pressão atmospherica e o obstaculo representado pelo seu proprio peso.

A reunião destes dous elementos, para ser vencida, necessita de um supercrescimento de trabalho das paredes venosas que no momento em que sua força elastica capitula, se enfraquecem, se dilatam e a varice se constitue.

Mas, si essa theoria encontra a sua applicação em individuos de certas profissões, como sentinellas, caixeiros, porteiros de certos estabelecimentos etc., ella não se applicará, entretanto, a um certo numero de casos que contradizem-na totalmente, por exemplo: os cyclistas de profissão apresentam muitas vezes dilatações varicosas e a sua posição não é vertical; os individuos que se dão á equitação se queixam de varices; os torneiros, que fazem mover alternativamente as suas pernas, e os velhos cocheiros de Paris, são atacados frequentemente dessa affecção.

Por esses factos nos parece que uma linha commum liga a pathogenia de todos esses casos.

René Gourlejac explica-os pela persistencia e egualdade dos movimentos ou posições, e, assim,

diz que os cyclistas terão varices porque põem as pernas no mesmo sentido, os torneiros, porque fazem seus membros inferiores descreverem sempre o mesmo circuito e, finalmente, os cocheiros por conservarem uma posição sempre identica.

Essa igualdade agirá mechanicamente sobre as paredes venosas e sobre as valvulas.

Uma compressão limitada, um augmento de tensão em pontos fixos, acarretarão necessariamente uma diminuição de nutrição e ao mesmo tempo um excesso de trabalho nesses pontos, portanto uma fraqueza da veia, se traduzindo pela dilatação e inflammação.

Por outro lado, apezar das contracções musculares que existem sempre, mesmo na immobilidade, o sangue não chega em sua totalidade ao coração: parte é rejeitada para os capillares.

O primeiro não será nocivo ás paredes venosas, o segundo porem é sustido em seu recúo pelos processos valvulares.

Nesse movimento successivo, são sempre as mesmas valvulas que têm de supportar os mesmos choques e reter as mesmas massas sanguineas; e, por esse excesso de trabalho, ellas não desempenham o seu verdadeiro papel, se enfraquecem, sua acção desapparece, a pressão intra-venosa augmenta e a parede da veia, tendo o seu limite de elasticidade excedido em certos pontos onde

se exerce sobretudo esse augmento de tensão, traduz a sua fraqueza por uma dilatação, vindo a lesão valvular facilitar o desenvolvimento da varice.

Alem da gravidade, se têm feito entrar em linha de conta as compressões e obstruções dos grossos troncos venosos por tumores, cintos, *phlegmacia alba dolens* etc., que determinam grandes embaraços á circulação collateral.

A theoria anatomo-pathologica cuja paternidade é-nos forçoso conferir ao illustre professor Briquet, vê na lesão inicial da parede venosa a causa pathogenica primordial das phlebectasias, deixando para as causas mechanicas um valor todo auxiliar e adjuvante.

Muitas outras causas têm sido incriminadas.

Assim auctores diversos, entre os quaes citaremos Paul Dubois, Barnes e Lanceraux, attentos ao apparecimento precoce das varices em mulheres gestantes, em periodo inicial, onde o utero jamais poderá pelo seu volume determinar perturbações na mechanica circulatoria das veias iliacas; fundados ainda na coexistencia das ectasias venosas e manifestações nervosas, qnerem dar importancia grande ao systema nervoso na determinação do processo morbido.

Modernamente, muitissimos anatomo-pathologistas enfileiram ao lado da arterio-sclerose as

perturbações varicosas dizendo que ambas são resultantes de um desequilibrio da nutrição geral presente nas dyscrasias, estados diathesicos, como o arthritismo, herpetismo, alcoolismo, saturnismo, etc., não sendo as phlebectasias mais do que a localisação de uma molestia geral que se poderá chamar — *vasculo-sclerose.*

Todas as theorias e causas explicativas da pathogenia das varices são passiveis de objecções e têm suscitado interessantes criticas, sobre as quaes não nos é dado aqui dissertar, attento ao cunho resumido que desejamos imprimir a este capitulo.

Segundo o pensar de Quenu, nós não nos contentamos com a acceitação de uma só das causas pathogenicas para explicar a producção das varices, pelo que repetimos aqui a sua formula: — « Toutes les conditions susceptibles de determiner une modification de structure dans la paroi veineuse, soit directement, soit indirectement, sont des causes possibles de varices ».

***

Apontam-se como causas auxiliares ou predisponentes de elevado valor na evolução das phlebectasias, as profissões que obrigam os individuos a

permanecerem de pé grande tempo e que os expõem á humidade e ao calor.

A idade exerce tambem o seu auxilio; é de trinta a quarenta annos que as ectasias venosas se tornam mais frequentes, poupando de certo modo a infancia e a velhice, comquanto Vidal de Cassis diga que, segundo as estatisticas de Delarpe e Sistach, o numero de varicosos cresce admiravelmente a partir de quarenta annos.

Pelas conclusões tiradas dos trabalhos de Lesguillons, Casin e Boudin, as mulheres gravidas são bem predispostas ás affecções phlebectasicas, e este ultimo auctor as encontrou na proporção de 100 : 300, notadamente nas multiparas.

Sobre os sexos, nos affirma Briquet que o homem é quem paga maior tributo ás ectasias venosas, e a unica razão que achamos para explicar essa predilecção é entregar-se o homem, mais do que as mulheres, ás profissões e trabalhos penosos.

Invoca-se a influencia adjuvante que exercem, na producção das varices, as disposições anatomo-physiologicas, representadas por certo numero de anneis aponevroticos e musculares, que pela compressão que exercem sobre certas veias concorrerão para difficultar um pouco a circulação.

Verneuil tinha chamado a attenção em seus estudos para as varices das veias profundas, que franquêam anneis contractis musculares e Duret

estuda bem particularmente a acção das *bouton-nières* musculares do sphincter externo, nas varices hemorrhoidaes.

O modo em angulo recto porque se terminam certas veias, o qual está longe de facilitar a progressão do sangue, constitue uma disposição favoravel.

A hereditariedade é tomada em grande conta; a atonia e a fraqueza do systema venoso explicam a invasão, em certos individuos, de muitos territorios a um só tempo.

Com Briquet, admitte-se na evolução das varices tres gráos —dilatação simples, dilatação uniforme com espessamento e dilatação com espessamento e adelgaçamento.

Cornil e Ranvier riscam do quadro nosologico o primeiro gráo de Briquet, dizendo que essas dilatações passivas e sem inflammação não poderão ser consideradas como varices, e então acham que a primeira phase é caracterisada por uma dilatação venosa simples, cylindroide, seguida de pequena inflammação das tunicas, sobretudo da tunica media, que se espessa e suas fibras se hypertrophiam, chegando até a desapparecerem, cedendo logar a tecidos de neo-formação.

Nesse gráo as alterações histologicas se fazem sentir mais nas valvulas que se mostram já insufficientes.

Esse resultado se realiza por dous processos: insufficiencia mechanica porque as valvulas não podem mais ficar em contacto com o vaso alargado, e insufficiencia de ordem pathologica por serem as valvulas atacadas de lesões phlebiticas.

Muitas vezes ellas são transformadas em irregulares saliencias cobertas de cellulas proliferadas e de camadas de fibrina que constituem verdadeiros phlebolitos.

Todas as tunicas por seu turno se resentem do processo hyperplasico, sendo a tunica externa a mais tardiamente invadida.

No segundo gráo, a veia tem attingido a um notavel espessamento, tornando-se longa, serpentina e tortuosa.

O endothelium cae e o substitue uma camada de fibrina e de saes calcareos.

Devido ao desapparecimento, em certos pontos, da tunica elastica e muscular, produzem-se entumecimentos fusiformes e empolares.

O tonus da veia se enfraquece e por isto ella torna-se aberta ao corte.

As lesões augmentam, emfim, á terceira phase: a tunica media tem perdido todos os seus cara-

cteres, e a parede venosa, de conjunctiva que era, torna-se um canal rigido e calcificado.

As dilatações empolares ou fusiformes que já se fizeram sentir no segundo gráo, formam verdadeiros aneurysmas, cheios de sangue fluido ou obliterados por coagulos, capazes de perderem toda a communicação com o vaso e de se destacarem formando especie de kystos sero-sanguineos.

A inflammação e a dilatação se estendem até as pequenas veias cutaneas, formando finas arborisações azuleas ou violaceas.

Verneuil affirma que, com essas lesões existem sempre varices profundas musculares, affirmação que é reputada inverdadeira por Tillaux, Remi e Valette que demonstraram praticamente a independencia das varices superficiaes.

Tem-se procurado ver em qual das tunicas vasculares-venosas começa o processo anatomo-pathologico consequente as phlebectasias.

Sobre este ponto não são accordes as opiniões.

Cornil, Saboroff e Thierfelder cujos estudos histologicos têm sido muito precisos, nos mostram que o espessamento das veias varicosas tem a sua séde inicial na porção mais interna da tunica media; examinando os cortes praticados em veias doentes, elles dizem ter notado uma hypertrophia

das fibras lisas e a separação d'estas por tecido conjunctivo de neo-formação.

Do mesmo modo não pensa Epstein que não hesita em considerar a endophlebite como a lesão typica da alteração varicosa e se esforça por provar que essa lamina mais interna a que Cornil se refere não é absolutamente normal e sim de neo-formação, evoluindo as custas da endoveia.

Janni no seu optimo estudo de 1900 confirma a maneira de pensar de Epstein dizendo: « a endophlebite é a alteração primitiva; mas, secundariamente se formam neo-formações nas camadas internas da tunica media ».

E', porem, hoje admittido geralmente que a lesão caracteristica consistirá numa phlebo-sclerose, começando na parte mais interna da tunica media, como diz Cornil. Com essas lesões se observa ainda que os vasa-vasorum dilatados e cavados em meio o tecido pathologico se estendem e se approximam da tunica interna, se adelgaçando as vezes a tal ponto que se rompem, deixando o sangue se infiltrar, formando pequenos derramens de globulos vermelhos e materia corante. Ainda os vasa-vasorum tornam-se tortuosos e dilatados e se anastomosam em um plexo cavernoso que se communica com a cavidade varicosa: d'ahi esses tumores areolares que encontramos no tra-

jecto das varices, sobretudo na região anal, onde elles constituem as hemorrhoidas.

Em um membro atacado de phlebo-sclerose não ha tecido algum que escape á degeneração mais ou menos profunda, como faz notar A. Broca e cuja histologia pathologica Quenu descreve admiravelmente.

São frequentes as modificações para o lado da pelle e do tecido cellular subcutaneo e pode-se dizer que o edema é o companheiro das varices; a sua repetição é assignalada no membro varicoso pelo espessamento dos espaços conjunctivos.

E' ao longo das veias varicosas que a inflammação chronica se observa principalmente, envolvendo estas em uma atmosphera de tecido indurado, tornando-se difficilmente isolaveis, gerando dest'arte uma especie de periphlebite chronica, consecutiva a uma inflammação parietal. Sob a influencia dessa hypertrophia que se estende á toda circumferencia do membro e espessura das camadas subcutaneas, a pelle e o tecido cellular formam uma especie de ganga, onde estão esculpidas as veias, e que adhere ás aponevroses.

A alteração do tecido acarretará fatalmente tambem a alteração dos orgãos que elle encerra; assim vemos que as arteriolas são sclerosadas e trombosadas e que os nervos são atacados de nevrite intersticial.

Quenu examinando os nervos saphenos de uma perna elephantisiada notou a ausencia da bainha lamellosa, verificando que o feixe dos axonas mergulhava num tecido fibroso fasciculado e denso.

Sob o ponto de vista clinico a pelle apresenta, segundo Quenu, erupções e modificações das quaes as principaes são os eczemas varicosos, as dermites que precedem ou acompanham a producção das ulceras varicosas. Anatomicamente, essas lesões são caracterisadas pela presença de todos os signaes irritativos, no chorion da derma, que asphixiam os elementos glandulares, sudoriparos e os folliculos pilo-sebaceos que, por atrophia, desapparecem.

Quenu notou a presença de cellulas embryonarias ora intumecidas e infiltradas e ora se reunindo em pequenos grupos entre os feixes do tecido fibroso.

As papillas são as vezes sclerosadas, hypertrophiadas ou atrophiadas, o que explica bem a razão de ser da divisão das dermites feita por Cleas e Broca, em atrophicas e hypertrophicas, ao passo que a camada cornea é geralmente espessada; é em torno das ulceras varicosas que essas manifestações elephantiasicas da pelle mais se accentuam.

Os lymphaticos podem mesmo ser atacados de lymphangite chronica.

Em consequencia da perturbação da nutrição

os musculos resentem-se logo do processo varicoso e as lesões se fazem de preferencia no tecido conjunctivo inter-fascicular que se inflamma e se carrega de gordura, podendo o tecido muscular mesmo, se submetter á degeneração granulo-gordurosa, principalmente na visinhança das ulceras.

Quanto as aponevroses de envolucro e inter-musculares, ellas se espessam, ainda que raramente, em placas osseas calcareas, formando canaes rigidos que aprisionam os vasos e os nervos.

E' fora de duvida que ao lado das lesões varicosas ulcerantes se encontram alterações mais ou menos notaveis do systema arterial do membro atacado, consistindo em uma sclerose arterial, como confirmam os trabalhos de Quenu, Rienzi, Schreider, Gilson, Arnosan e Bousier.

A observação constante desses factos em quasi todos os casos de ulceras varicosas, têm levado muitos auctores a estabelecerem uma perfeita identidade na genese da arterio-sclerose e da phlebo-sclerose, considerando-as como uma só molestia que poderá ser denominada vasculo-sclerose, como já precedentemente deixámos assignalado.

Os nervos da mesma maneira que os outros tecidos, participam do processo phlegmasico; elles apresentam nevrites, o que bem se explica pela visinhança do fóco de inflammação; entretanto,

Quenu sustenta que existem alterações do systema nervoso peripherico não consecutivas á ulcera, e nos demonstra isso anatomicamente, estudando os nervos da coxa, na região glutea, longe, portanto, do fóco da dermite, onde os troncos nervosos são cercados por uma atmosphera de tecido frouxo, verificando a existencia de lesões, variando da simples dilatação dos vasos com hypertrophia pouco consideravel do tecido conjunctivo, até o asphyxiamento do tecido nervoso pela sclerose, ás vezes peri e intrafascicular, como em seis casos observou.

Nos nervos, entre os feixes primitivos, ainda se observa a presença de venulas dilatadas em torno das quaes, o tecido conjunctivo é mais duro e abundante. Os feixes primitivos, num gráo mais avantajado, se distanciam uns dos outros e esse espaço deixado entre si é preenchido por tecido fibroso ou fibro-adiposo farto de veias varicosas; ha uma verdadeira nevrite intersticial circumscripta do tecido perifascicular, muito frequente.

O processo scleroso pode tambem atacar o feixe primitivo: a bainha lamellosa submette-se á transformação fibrosa e logo é penetrada por elementos conjunctivos sob a forma de feixes que as dissociam; a nevrite perifascicular é ajuntada á nevrite intrafascicular.

Ao vêr de Quenu, a lesão inicial é uma phle-

bite chronica, começando o processo scleroso sempre nas veias varicosas.

As lesões anatomo-pathologicas produzidas pelas varices se estendem até os ossos e já antigamente J. L. Petit dizia: « Quand les ulcères voisins passent un an, les os se carient ».

Reclus no seu — *Traité de Chirurgie*, no artigo *Ulcères* — dá uma excellente descripção das alterações do systema osseo nas lesões varicosas que aqui muito resumidamente faremos assignalar.

Nos casos de velhas ulceras varicosas da perna verificaram-se hyperostoses do tibia, submettendo-se o osso a uma verdadeira hypertrophia semelhante á elephantiase da pelle e do tecido cellular subcutaneo (Cruveilher e Sappey), o que tem sido bem firmado por auctores diversos.

Reclus observou que a osteite destructiva é raramente encontrada, sendo muito commum, entretanto, a osteite productiva e, mais ainda, a rarefaciente.

Segundo occupam as veias subcutaneas ou subaponevroticas, as phlebectasias têm sido divididas em superficiaes e profundas.

Folin, tomando por base a forma que ellas affectam, as divide em cylindroides ou não circumscriptas, que podem ser rectilineas ou serpentinas, constituindo tumores algumas vezes estrellados, antigamente chamados *cabeça de medusa,* e em em-

polares ou circumscriptas. Estas quando occupam todo o calibre do vaso ou se formam ás custas de uma parte desse calibre, podem ser chamadas circumferenciaes.

Geralmente se encontram essas formas varicosas associadas em um mesmo vaso atacado de ectasia venosa.

*
* *

O quadro clinico varia segundo as phlebectasias são superficiaes ou profundas.

Nós consideraremos as varices em o seu desenvolvimento mais habitual, isto é, começando pelas veias subaponevroticas.

No inicio da evolução das ectasias venosas profundas, os symptomas se traduzem apenas por uma sensação de peso do membro inferior, um entorpecimento das panturrilhas.

A estação vertical cança depressa o doente, elle experimenta a sensação vaga de um soffrimento incommodo, uma impaciencia que define mal, cuja causa está na sensação de plenitude vascular, que cessa durante o repouso.

Um individuo da clinica do illustre professor Verneuil comparava o que sentia á sensação pro-

duzida pela constricção circular de um dêdo determinada por um fio.

A' tarde quando os doentes voltam da sua labuta diaria, após violentos exercicios de marcha e a permanencia na estação vertical, procedendo-se um exame detido, nota-se um empastamento doloroso das panturrilhas e a existencia de varicosidades pequenas, sobretudo notaveis ao nivel das anastomoses profundas (Verneuil).

O membro mostrar-se-á edemaciado principalmente em torno dos malleolos.

Um palpar cuidadoso poderá nos revelar a existencia de um cordão espesso na profundeza dos musculos.

Perturbações nervosas, como caimbras, formigamentos, perversão da sensibilidade, differenças de temperatura, são notificadas em grande numero de varicosos.

Para o lado da pelle alguns symptomas nos são fornecidos; assim, notamos a existencia de manchas pigmentares ao lado de pequenos forunculos, ecchytimas, eczemas e extensas descamações, tendo Verneuil observado em alguns casos um augmento consideravel da sudorese.

O aspecto clinico das varices superficiaes differem segundo o gráo a que a affecção tem chegado.

Geralmente o desenvolvimento das veias subcutaneas é lento e retardado, fazendo-se sentir primeiramente no territorio da saphena interna; a saphena externa é muitas vezes atacada e a sua alteração implica sempre a da saphena interna, não sendo porem verdadeira a reciproca.

As phlebectasias das veias superficiaes se caracterisam, ora pelo intumecimento ou flexuosidade das veias, ora por saliencias de côr azul escuro no trajecto da veia, elevando a pelle, e cujo desenvolvimento pode attingir o tamanho de um ovo, frequentemente encontrado na embocadura da saphena interna, e que pela fluctuação, reductibilidade, refluxo, ondulação e maior tensão por effeito dos esforços, se faz distinguir de outros intumecimentos anormaes.

Em um certo grão, essas lesões se accentuam dando ao membro um aspecto particular: seu volume duplica-se, e as dilatações venosas se reunem formando diversas massas que tomam a forma de verdadeiras sanguesugas ou serpentes, entremeiadas no tecido sub-cutaneo, visiveis sob a pelle adelgaçada. Sua consistencia é pastosa e dá uma sensação de novellos molles, depressiveis e quentes ao toque; sente-se as vezes uma resistencia devida ao espessamento da parede venosa, ás infiltrações calcareas, phlebolites, kistos intra-

vasculares ou edema lardaceo dos tecidos visinhos.

Em alguns casos, entretanto, as ectasias venosas apenas são reconhecidas pela presença de manchas pigmentares ou pelo apparecimento nos tegumentos de pequenas veias azuladas, violetas ou rôxas desenhando na parte inferior do membro uma especie de meia, signaes bem importantes para Verneuil, quando alliados a outros symptomas subjectivos, revelados pelo doente, no diagnostico das varices profundas.

Os intumecimentos empolares varicosos se accentuam sobremodo durante a estação vertical, após as marchas forçadas ou sob a acção do calor.

Pelo repouso no decubitus horisontal, as veias ectasiadas tornam-se muito diminuidas, e, ao levantar-se pela manhã, o doente tem o seu membro livre de qualquer edema, beneficio que pouco e pouco vae desapparecendo com o progresso do mal, dando ao membro um aspecto elephantiasico.

E' raro que não se encontrem em varicosos antigos modificações notaveis dos tecidos que cercam as veias, o que não deixa de ter a sua importancia symptomatologica.

A motilidade e maciez da pelle são substituidas por certo espessamento, devído a um processo de sclerose progressiva, que termina pela atrophia.

A côr dos tegumentos se modifica em consequencia das alterações dos tecidos.

Outras perturbações trophicas se fazem notar: hypertrophia do systema piloso, deformidade das unhas e, finalmente, apparecimento de dermatoses, das quaes a principal e mais frequentemente observada é a inflammação eczematosa.

Emfim, o membro varicoso é optimo terreno para o desenvolvimento das ulceras syphiliticas terciarias, tomando estas um caracter hybrido, cuja distincção será difficil.

Segundo J. L. Fort, citado por Quenu, parece existirem duas formas de varices, si se tomam por base as lesões: varices das grossas veias e varices capillares.

Nas primeiras, sendo somente atacadas as veias de grande calibre, não se observam alterações da pelle; nas segundas, em que podem ser simultaneamente affectadas todas as veias sub-cutaneas, se notam serias modificações, desde o espessamento da pelle até as ulcerações varicosas.

O membro inferior, victima de ectasias venosas, está sujeito a manifestações dolorosas e alem das sensações desagradaveis, symptomaticas das varices profundas, o doente pode soffrer uma verdadeira sciatica. Essas manifestações dolorosas podem variar com o modo de apparecimento, com a sua intensidade, com a sua natureza, e quasi sempre

só se manifestam na estação vertical; em alguns, ellas apparecem no fim do dia após o trabalho, em outros, se fazem sentir logo que marcham.

A dôr, ora se traduz sob a forma de sensações de batimentos, queimaduras, caimbras localisadas ou diffundidas em varios segmentos do membro, ora affecta um caracter nevralgico.

A evolução clinica das phlebectasias é essencialmente chronica e se faz com grande lentidão, variando segundo os individuos, a sua cathegoria social e os cuidados hygienicos e cirurgicos.

O *estado varicoide de Malgaigne* pode durar muito tempo, podendo estacionar ou mesmo retrograr, si se faz observar um tratamento racional.

Nos individuos attingidos por arterio-sclerose e phlebo-sclerose, é evidente que a evolução varicosa é mais rapida e Quénu faz notar um certo parallelismo entre a acuidade das alterações da parede venosa e a rapidez da marcha da ectasia venosa.

Boudin e Girod, citados por Schwartz, dizem haver notado uma relação intima entre a menstruação e a phlebectasia, e citam dous casos: um, em que houve menstruação supplementar por uma ulcera varicosa e outro em que as varices augmentavam notavelmente em cada periodo menstrual.

*
* *

Da symptomatologia exposta decorre o diagnostico, que muitas vezes se impõe, á simples inspecção, nas varices superficiaes adiantadas, mas que em outros casos torna-se sobremodo difficil como nas varices profundas, levando os cirurgiões e medicos de incontestavel merito a erros de extrema gravidade, sendo preciso para a sua verificação o mais attencioso cuidado.

As classicas experiencias do illustre professor Trendelenburg, expendidas mais alem a proposito do tratamento cirurgico, são de summa importancia na determinação das ectasias venosas. Mesmo chegadas ao terceiro gráo, as varices podem se tornar indemnes de qualquer complicação, desde que se estabeleça um tratamento conveniente; descuidadas, porem, chegarão aos accidentes graves dentre os quaes se avantaja a occupar o primeiro logar a ulcera.

De parceria com a ulceração varicoide podemos enfileirar as hemorrhagias externas e intersticiaes produzidas pela ruptura das paredes venosas (o *coup de fouet* de Verneuil), a phlebite varicosa e, muitas vezes, a infecção purulenta, accidente que pode provocar tromboses e embolias.

Os tecidos ambientes são susceptiveis de se

inflammarem, dando logar ao phlegmão circumscripto ou diffuso.

Essas complicações são geralmente observadas na classe pobre onde qualquer tratamento é sempre difficil e impraticavel.

Eis finalmente, em largos traços, reproduzida aqui a synthese do que lemos sobre o nosso ponto, em geral; abordemos agora o assumpto que constitue o objecto da nossa dissertação — *o tratamento das phlebectasias.*

Do tratamento das phlebectasias

SUMMARIO — Antiguidade das ligaduras e das resecções. — Estudos de Trendelenburg. — Insufficiencia das ligaduras e resecções em um só ponto da saphena. — Resecções multiplas e successivas. — Resecção total. — Processo de Moreschi e suas principaes modificações. — Schwartz e as injecções venosas. — Tratamento medico, hygienico e orthopedico.

A idéa das ligaduras e resecções varicosas foi posta em pratica desde os velhos tempos da cirurgia, como bem demonstra a ligadura da saphena interna praticada em 1799 por E. Home, e a celebre operação feita em Caius Marius por um cirurgião, cujo nome a historia não conhece.

Tambem em epocha remota J. L. Petit, Celse, Jean Luis e, mais tarde, Richeran e Boyer, aconselharam a extirpação das varices dolorosas ou não, seguida accessoriamente da ligadura da saphena interna. Nesse tempo os accidentes infectuosos e as phlebites kypersepticas atemorisavam os cirurgiões e os consequentes resultados fataes que se observaram, fizeram que operadores do quilate de Lisfranc, Dupuytren, Vidal de Cassis, Michon, Nelaton e Guerin, abandonassem a pratica das intervenções sangrentas contra as varices.

Só depois do apparecimento dos meios antisepticos, foi que essas operações entraram na pratica corrente, tendo sido quasi ao mesmo tempo feitas tentativas diversas em quasi todos os paizes da Europa.

Stell (de Bristol) Darves, Collet, Marshall e Annadale publicaram, na Inglaterra, observações de extirpações de varios tumores varicosos, attestando a simplicidade deste processo, sendo mais tarde seguidos por Howse Dunn, Franck, Kendal que preconisaram as ligaduras multiplas.

As mesmas intervenções foram tambem feitas na Allemanha, Italia e Belgica, por Stard Riesel, Max Sched, Putti, (Rev. cl. di Bologne) Medine, Libran e van Hœter, desde 1877 até 1885.

Montaz (de Grenoble) publicou em 1890 um caso de cicatrisação rapida de uma ulcera varicosa pela ligadura subcutanea da veia saphena interna com crina de Florença, processo que foi seguido por Gagnebé, Velpeau e Ricord.

Davat propoz a ligadura immediata sobre um corpo extranho; Chaumette e Lombard incluiram nessa ligadura tambem a pelle.

Vem de molde lembrar que todas essas intervenções, precedentemente citadas, eram praticadas e aconselhadas sem que qualquer dos seus auctores se fundasse em nenhum dado scientifico pathogenico.

Escudado na physiologia pathologica da circulação do sangue na saphena varicosa, depois de ter demonstrado por uma serie de experiencias facilmente realisaveis, o papel da insufficiencia valvular, graças á qual o refluxo cardiaco se effeitúa, Trendelenburg reedita a antiga operação de E. Home, apresentando-a ao mundo scientifico como a intervenção mais efficaz no tratamento das phlebectasias.

Os antigos trabalhos de House, Aulnoit, Braun, Sappey, Le Dentu, os modernos estudos de Koltz, demonstrando que o numero de valvulas venosas tendia a desapparecer a partir de vinte e cinco annos, nos individuos normaes, muito inspiraram o emerito cirurgião allemão.

A ectasia venosa, com maior razão, podia produzir essa insufficiencia; Trendelenburg, então estuda as condições novas da circulação, resultantes da insufficiencia valvular varicosa na saphena interna, e mostra que as valvulas, uma vez suppressas sob o ponto de vista funccional, o refluxo do sangue pode dár-se e o conteúdo sapheniano apenas obedece á influencia unica da gravidade, tendo as veias de origem da saphena interna, de supportar um augmento de pressão, igual á somma da pressão do sangue que vem das partes situadas immediatamente abaixo, e a de toda a columna sanguinea da saphena interna.

Para a elucidação desses factos Trendelenburg institue uma serie de experiencias, tão simples quanto convincentes, que aqui recapitularemos.

Collocando-se o doente no decubito horisontal se vê que as varices diminuem de volume. Ellas desapparecem tanto mais, quanto se eleva o membro inferior ou abaixa-se o tronco do paciente; ao contrario reapparecem si se deixa cahir o membro, ou si se eleva o tronco do doente, em consequencia do retorno brusco do sangue á peripheria.

Fazendo-se assentar o doente com a perna levantada, de modo que o coração e a veia cava fiquem em plano superior, a saphena se encherá novamente.

Si, finalmente, depois de deitarmos o doente e após o esvasiamento das suas varices, o fizermos levantar-se, tendo-se o cuidado de comprimir, na dobra da virilha, a origem da saphena interna, observaremos que as veias varicosas se encherão de baixo para cima difficil e lentamente; entretanto fazendo desapparecer a compressão, notaremos a repleção brusca e insolita das varices, o que attesta cabalmente, o refluxo cardiaco e a insufficiencia valvular.

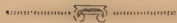
Inspirado no methodo plessimographico, Trendelenburg, por meio de um dispositivo especial, pôz ainda em evidencia, de uma maneira particularmente satisfactoria, esse refluxo, chegando até

a estimar em 200 a 250 grammas, a quantidade de liquido que, do coração, podia refluir na veia saphena.

O grande canal que vae do pé ao coração, constituido pelas veias saphenas, femoral, illiacas e cava inferior representará, em consequencia da aùsencia das valvulas, um canal venoso continuo, um systema de vasos largamente franqueados e communicantes.

Os menores esforços, cômo a tosse ligeira, farão augmentar o refluxo, e a saphena interna constituirá um verdadeiro manometro, que traduzirá as minimas oscillações.

E' racional admittir que a acção do peso da corrente cardio-sapheniana, agindo sobre as radiculas nervosas, vá aggravar de mais a mais as dilatações varicosas até leval-as ás perturbações trophicas e, para obstar essas consequencias, Trendelenburg se propôz a extinguir o *braço morto* da circulação do membro inferior, no dizer de Viannay, representado pela saphena varicosa, fazendo entre duas ligaduras a secção desta veia, operação que foi com enthusiasmo e desvanecimento acolhida pela mór parte dos cirurgiões do mundo.

A technica desse processo não tem sido seguida inteiramente; elle se tem submettido a numerosas variantes e é mesmo singular que durante quinze

annos os cirurgiões não tenham podido estabelecer uma pratica definitiva.

Si alguns seguem rigorosamente a primeira maneira de operar de Trendelenburg, outros, porem, como o seu proprio auctor, modificam-na.

Trendelenburg actualmente, segundo nos diz Perthes, faz a ligadura em tres pontos: — abaixo do condyto interno, no meio da coxa e acima do condylo interno; emquanto que primitivamente, elle a praticava apenas na reunião inferior com os dous terços superiores da coxa.

Schwartz um dos enthusiastas da operação de Trendelenburg, fazia antigamente a ligadura da saphena interna acima do condylo interno do femur (th. de Charrade); hoje, porem, aconselha pratical-a em differentes pontos: — immediatamente abaixo do embocamento na veia femoral, no meio da côxa, acima do condylo interno do femur e abaixo do condylo interno de tibia, combinando a ligadura, ás vezes, com a resecção dos tumores varicosos e de retalhos cutaneos mais ou menos consideraveis.

A ligadura tres dedos acima do condylo interno do femur, respeitando a anastomose poplitéa, que liga a saphena interna á externa, é preconisada por Chalot na these d'Esteny.

Na these de Courdec, Lapointe recommenda as

resecções da saphena, tambem ao nivel do condylo interno.

Muito alem ainda foi Ricard,-(Société de Cirurgie — 1903) que pratica a resecção completa da saphena interna atacada de phlebectasia.

Emfim, a technica parece variar com o tempo e com os cirurgiões.

Successivamente se tem recorrido á ligadura simples, á resecção entre duas ligaduras, á resecção unica, multipla, ou mesmo total, da saphena interna.

Todos esses processos, excepto a resecção multipla e total, apenas visam um mesmo fim: estabelecer uma barreira unica á circulação da saphena varicosa.

Como procuraremos provar, essa obliteração em um unico ponto do trajecto sapheniano feita segun do esses processos, não põe o doente ao abrigo da reconstituição do canal varicoso nem lhe dá a certeza de cura.

As observações clinicas e os estudos anatomicos têm demonstrado perfeitamente esse inconveniente.

Em cinco casos, em os quaes se haviam praticado essas operações, Pearce Gould *(The Lancet*— 1899), observou o restabelecimento da corrente sanguinea pelo desenvolvimento, em torno da cicatriz, de veias neoformadas que faziam commu-

nicar as duas extremidades seccionadas da veia, o que tornou inefficaz a operação.

Outros dous casos curiosos foram assignalados por Ledderhose (de Strasburg) em que tendo sido feita a ligadura dupla com resecção da saphena interna, alguns annos depois a regeneração era completa, graças á permeabilidade das duas extremidades ligadas da veia que se puseram em contacto, pela formação de um *lacis* venoso varicoso.

Viannay, no serviço do professor Rochet, teve occasião de observar tambem um interessantissimo caso em o qual a resecção parcial do tronco da saphena interna não obstou a sua reconstituição.

Tratava-se de um individuo de sessenta e cinco annos, varicoso, que entrou para o serviço do professor Augagnem, afim de curar-se de uma ulcera da perna direita; foi feita a resecção entre duas ligaduras na parte media da côxa, tendo o doente sahido curado.

Pouco tempo depois a ulcera lhe reapparece e elle volta para a clinica do professor Rochet, nessa occasião substituido pelo Dr. Viannay.

Examinado, o doente apresentava na cicatriz da intervenção, a pelle elevada por um grande tumor varicoso que parecia ser atravessado pela saphena interna, a qual se achava bastante dilatada em toda a extensão do membro inferior. A insufficiencia

valvular foi attestada pelas experiencias de Trendelenburg.

A ulcera mostrava-se rebelde á cicatrisação apesar dos pensos applicados, o que levou o Dr. Viannay a praticar a resecção da saphena interna e dos tumores varicosos.

O doente sahio completamente curado.

Tambem poder-se-á additar a esses factos de observação clinica as concludentes e eximias experiencias de Minkienviez (Arch. de Virchow.) realisadas em animaes.

Nada se sabe ao certo sobre o verdadeiro mechanismo do restabelecimento da communicação entre as extremidades ligadas e reseccadas das veias varicosas; alguns invocam o abrolhamento dos côtos venosos; outros attribuem á preexistencia de radiculas venosas dilatadas secundariamente, o que é mais acceitavel,

Tem-se objectado sobre o facto do restabelecimento circulatorio que na maioria dos casos a secção da saphena interna será sufficiente para estabelecer um obstaculo permanente á circulação venosa e que esses exemplos constituem apenas raras excepcões.

Mesmo assim, acceitando em parte a objecção, as investigações cadavericas nos mostram que a circulação superficial do membro inferior não se modi-

fica em todos os casos desde que se determine a obliteração da veia saphena em um ponto qualquer do seu trajecto. A impossibilidade circulatoria depende da séde da ligadura. E para isso, Viannay praticou em trinta cadaveres injecções na saphena interna após a ligadura previa em differentes pontos: no triangulo de Scarpa, immediatamente abaixo da sua crossa; acima do condylo interno; acima do condylo femoral e immediatamente abaixo do seu embocamento no triangulo de Scarpa. Por esses trabalhos de justo criterio elle concluio que a unica ligadura que não deixava passar o liquido para o segmento superior da veia era a alta ligadura, no triangulo de Scarpa, salvo nos casos de existencia de uma saphena dupla, se effectuando em todas as outras, a circulação por um canal collateral que nasce quasi sempre no terço superior da perna e vae se juntar na côxa, á veia saphena interna, em uma altura variavel segundo os individuos e cuja origem é as vezes uma bifurcação da saphena, ou um prolongamento da rêde venosa que se encontra na face interna do joêlho.

Deixando de parte os processos que lembram a pratica primitiva de Trendelenburg (ligadura simples, secção entre duas ligaduras resecção unica) hoje inteiramente riscados da pratica cirur-

gica, nós apenas trataremos das *resecções multiplas e successivas* (Schwartz) e da *resecção total* (Ricard).

Resecções multiplas e successivas (Schwartz). — Schwartz harmonisa a alta resecção e a resecção na região do condylo interno, fazendo ainda interromper a circulação venosa em quatro ou cinco pontos sendo tres na côxa e um ou dous na perna.

O tempo mais importante deste processo consiste na resecção do segmento venoso ao nivel do triangulo de Scarpa immediatamente subjacente á crossa da saphena.

E' essa resecção que assegura a efficacia da operação, pois como vimos de provar com as injecções cadavericas (Viannay) ella interrompe de um modo permanente e seguro a orientação da veia saphena.

Em brilhantissimo artigo inserto no — *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet,* — Schwartz descreve muito bem o seu processo, o qual damos aqui na integra:

« Após as prescripções antisepticas de uso, um dreno é applicado circularmente na raiz da côxa. Si queremos tirar grossos tumores varicosos, necessitando uma dissecção longa e dolorosa, chloroformisamos o doente; si porem a operação consistir só na ligadura successiva, anes-

thesiamos localmente com a solução de chlorhydrato de cocaina a 1 por 100.

« Tratando-se de tumores varicosos simples da perna ou da face interna do joelho, sem dilatação da veia saphena na côxa, procedemos a extirpação das varices, tirando largamente os tumores venosos, ligando-a com cat-gut acima e abaixo, assim como todas as veias collateraes.

« Si se trata de tumores varicosos com dilatação da saphena interna da côxa, estes são ainda tirados, ajuntando-se porem a ligadura successiva que nós fazemos exclusivamente nos casos de tumores varicosos incommodativos ou dolorosos.

« Nós collocamos geralmente quatro ligaduras, algumas vezes cinco, das quaes trez na côxa e uma ou duas na perna; a veia é descoberta sobre uma extensão de quatro a cinco centimetros; ella é cuidadosamente isolada; as collateraes que lhe chegam são ligadas ou pinçadas, um fio de cat-gut nº 2 amarra o vaso em cima e em baixo, e entre estas ligaduras se resecca trez a cinco centimetros do tronco sapheniano.

« Escondendo sob a pelle os fios antes de os amarrar, se fazem por assim dizer ligaduras subcutaneas que ficam alem da incisão, logo que a excisão da veia é praticada e que os fios são cortados. Nenhuma drenagem; suturas com crina de Florença.

Compressão com algodão, por cima, um pouco aseptico ou antiseptico. »

Parece-nos que realmente este processo realisa o ideal das intervenções cirurgicas no que toca ao tratamento das varices.

Pela sua technica expendida precedentemente, vemos que o canal venoso fica fragmentado e que a recomposição por via collateral ou por qualquer outro mechanismo é irrealisavel, o que determinará a suppressão total da circulação superficial do membro inferior, a menos que não se trate de um caso anomalo, da existencia de uma saphena dupla, por exemplo, o que poder-se-á verificar logo na occasião da operação pela pesquisa minuciosa no triangulo de Scarpa.

Resecção total (Ricard) — A extirpação total da veia saphena interna parece *a priori*, se impor com caracteres mais radicaes que outro qualquer processo, pois ella summariamente faz desapparecerem as communicações venosas.

De analogia grande com o processo precedente, elle apenas necessita uma incisão longa em toda a extensão do membro inferior.

Seccionada e ligada a saphena interna no triangulo de Scarpa, continua-se a disseccar de cima para baixo, ligando-se todos os affluentes e collateraes que se forem encontrando no percurso.

Novamente ligada a veia na parte inferior e feita cuidadosa hemostasia, nada mais restará fazer que suturar pacientemente a longa incisão.

Para estas longas suturas, Ricard, que modernamente tem praticado a resecção total, aconselha o processo da simples sobrecostura cutanea com cat-gut.

Com a observancia rigorosa dos cuidados antisepticos dizem alguns que se deve praticar impunemente, sem risco de accidentes septicos; isto, porem, não obstará de dizermos que uma operação mais simples e menos longa acautelará mais o doente dos perigos das complicações.

Si as observações clinicas tivessem demonstrado a superioridade dessa intervenção no tratamento das phlebectasias, não se deveria hesitar em pratical-a; mas essa affirmação ainda não nos foi fornecida e pequeno numero de casos em que a resecção total tem sido praticada não nos dá o direito de lhe attribuir uma preferencia sobre as demais variantes da operação de Trendelenburg, notadamente o processo de Schwartz cuja superioridade a pratica nos tem perfeitamente demonstrado.

Em o succinto exposto que vimos de fazer sobre a operação de Trendelenburg em as suas mais importantes modificações, achamos ter bem firmado

a inconveniencia grande das intervenções que assentam na interrupção da circulação sapheniana, em um só ponto, com excepção unica da alta ligadura.

Orientados, assim só nos será permittido acceitar, para o tratamento palliativo das phlebectasias, o processo de Schwartz, cujo valor e simplicidade technica lhe conferem justa preferencia.

Bem que não possamos juntar aqui observações proprias ou mesmo nacionaes que justifiquem a nossa maneira de pensar, porquanto no Brazil o tratamento cirurgico das varices nunca passou das fronteiras da theoria, escudamo-nos, entretanto, nas estatisticas de Pearce Gould, Schwartz e Remy que brilhantemente attestam as vantagens das resecções multiplas e successivas.

Tendo em mira essa trilogia de principios: 1º interromper e dividir a columna sanguinea venosa, que por seu peso distende as paredes das veias e as altera; 2º impedir o sangue de voltar pelas collateraes á rede d'onde tenha sido impellido, 3º obter uma obliteração permanente da veia, principios que serviram de alicerce á feitura do processo do insigne mestre Trendelenburg, em 1894 Moreschi (Ch. Durand-th.-1902) fez conhecer o seu processo de *incisões circumferenciaes juxtapo-*

nevroticas, propondo-o para o tratamento radical das varices e ulceras varicosas.

Esse cirurgião dividiu assim o acto operatorio:

a) Após a chloroformisação do doente e posta a faixa elastica, se faz mais ou menos a quatro centimetros acima dos limites superiores da ulcera, *uma incisão circular*. A pelle sendo separada, se procuram as veias, que se incisam entre duas ligaduras ou pinças.

Depois se incisam os tecidos até a aponevrose, que deve ser posta a descoberto, sobre uma extensão grande, pela raspagem dos tecidos. Esta desnudação da aponevrose é um tempo assás importante, porquanto elle rompe as suas communicantes interrompendo assim, a esse nivel, a passagem do sangue entre os dous systemas de saphenas e de veias profundas.

A incisão de todos os tecidos até a aponevrose, interessa forçosamente todos as veias superficiaes, desde as mais grossas até os capillares e corta a columna sanguinea em dous segmentos separados completamente um do outro. Os labios da ferida são reunidos por alguns pontos de sutura.

O auctor prefere a reunião por segunda intenção, que dá uma cicatriz mais larga e torna ainda mais difficil o restabelecimento circulatorio.

b) Em seguida se pratica, *cerca de um centi-*

metro acima dos malleolos, uma segunda incisão até a aponevrose, a qual deverá ser tambem desnudada em uma certa extensão.

A columna sanguinea superficial se encontra então, de novo, dividida em duas metades independentes.

A desnudação da aponevrose permitte ver, por transparencia, nos individuos que não são muito gordos, as veias profundas, que podem ser pinçadas ou mesmo reseccadas, atravez de pequenas incisões.

c) Em um terceiro tempo, pode-se curetar a superficie da ulcera e mesmo se fazer enxertos dermo-epidermicos. Alem dos effeitos produzidos por essas duas incisões sobre a circulação superficial do membro inferior, é preciso ter em conta a diminuição do calibre e a obliteração dos troncos venosos comprehendidos entre as duas incisões, pela phlebite, que não deixa de trazer a trombose.

Como sóe acontecer em todas as cousas, o processo de Moreschi não deixou de ser escalpelado pela critica e a elle foram oppostas objecções e modificações varias, nas quaes passaremos ligeira revista:

Criminou-se Moreschi de, no seu processo, só atacar as veias superficiaes deixando em inteira liberdade as veias profundas.

Essa objecção cae por completo, porquanto pode-se perfeitamente ligar ou reseccar atravez da aponevrose, as veias tibiaes anteriores, posteriores ou peroneas, por effeito de uma incisão que se pratica a um centimetro da base dos malleolos.

Com esse processo nada soffre a sensibilidade que nem mesmo é diminuida, pois sabemos que o pé é innervado pela ramificação dos dous tibiaes que não são de nenhum modo comprehendidos na incisão, e que a pelle da perna recebe numerosos filetes nervosos perfurantes vindos da profundesa.

Com o intuito louvavel de evitar uma cicatriz em liga e os effeitos de uma retracção cicatricial, Paul Delbet houve por bem modificar o processo de que nos occupamos traçando uma incisão quasi semi-circular para adeante e uma segunda para traz, reunindo as suas extremidades por uma linha quebrada em V.

De alguns casos de observação do professor Delbet, destacamos o seguinte para menção especial.

O caso em questão era uma ulcera coberta de um tecido cicatricial delgadissimo, mas que causava ao doente dores intoleraveis de par com os soffrimentos incommodos das varices.

Feita a operação de Moreschi, na manhã seguinte cessaram por completo as dores, que certa-

mente eram consequencia de um processo nevritico, o que constituiu optima indicação.

O doente curou-se completamente.

Em uma brilhantissima lecção no hospital de Necker, a 20 de Agosto de 1901 o emerito professor Mauclair, expondo as differentes intervenções cirurgicas a indicar no tratamento das varices e ulceras varicosas se refere lisongeiramente ao processo de Moreschi que elle qualifica de —*processo combinante* — por ser um harmonioso conjuncto de outros processos.

Prevendo os phenomenos de compressão que causaria talvez a cicatrisação de uma incisão francamente circular, Monclair, quasi a maneira de Delbet, faz uma modificação no processo de Moreschi, que consiste em dar ás incisões circumferenciaes uma direcção sinuosa ou em grinalda, seguidas de tres ligaduras superpostas da saphena, e a isso chama —*processo ultra combinante*.

Mariani em sua clinica dava sempre preferencia ao processo de Moreschi quando se lhe offerecia ensejo de intervir em um caso de varice ou ulcera varicoide.

Poude elle notar que a cura não se fazia esperar e que tambem alguns inconvenientes post-operatorios se manifestavam. Assim observou que a cicatrisação era retardada na incisão inferior pelo

edema do pé que existia muitos mezes após a operação, dores ao nivel da cicatriz supermalleolar, e em dous casos vio um esphacello seguido da formação de um tecido inodular que bridava os tendões extensores impedindo o funccionamento.

Ao lado desses inconvenientes achava-se um não menos importante qual o representado pela difficuldade da applicação do processo quando a ulcera excedia os malleolcs.

Querendo supprimir esses defeitos Mariani prescinde da incisão super-malleolar, praticando uma incisão unica acima do limite superior da ulcera em pleno malleolo não carecendo para isso mais que a technica empregada por Moreschi, tirando os melhores resultados em varios casos que tem assim operado.

No serviço do professor Reclus tem-se aperfeiçoado essa modificação de Mariani, no que toca á incisão acima dos limites da ulcera, a qual é traçada na parte mais elevada das pantorrilhas, ao nivel das ligas, pelo que se ha denominado incisão em *liga* ou *circumferencial a distancia.*

Cinco casos foram operados dessa maneira, dentre os quaes dois pelos illustres mestres Drs. M. Duval e Kendridjy cujos resultados satisfactorios se tornaram patentes.

Pelas estatisticas de Moreschi firma-se a con-

vicção da maravilhosa superioridade do seu processo, pois justapõem-se perfeitamente o numero de curas obtidas e o das intervenções praticadas.

Citernesi, porem, diz que, para se julgar das vantagens desse processo, é preciso que se encarem apenas os casos em que elle foi empregado isoladameute e desse modo faz notar que em vinte dous casos de observação, de Moreschi, em nove houve recahida o que vem em desabono das suas qualidades radicaes.

Achamos sobremodo exagerado o enthusiasmo dos cirurgiões italianos quando se referem ao processo de Moreschi e sem rasão de ser o valor que lhe enaltece seu auctor, pois, ficou claramente provado precedentemente quando trouxemos a baila o processo de Trendelenburg, que não é digna de aceitação toda a operação que tenha por fim oppor um obstaculo unico a circulação venosa sapheniana.

Isto não quer dizer que devemos rejeitar *in totum* o processo de Moreschi. Si ajuntarmos á modificação de Mariani a ligadura da saphena interna ao nivel do triangulo de Scarpa, construindo-se uma *porta de ferro* á circulação sapheniana, fazendo desapparecer assim o *circulus viciosus* da parte superior da côxa e garantindo-se o doente da reconstituição circulatoria, essa operação poderá gosar das altas vantagens do processo de Schwartz.

Os auctores não são assentes nas indicações relativas ás differentes intervenções cirurgicas nas phlebectasias; entretanto, lê-se em todos os livros: deve-se operar todas as vezes que se verificarem a insufficiencia valvular nitida, varices dolorosas e ulceras varicosas.

Em opposição aos processos sangrentos se procurou agir directamente sobre o systema venoso, e adstricto a essa idéa surgiu o methodo das injecções intra e perivenosas muito preconisado pela escola lyonense.

Esse methodo foi posto em abandono logo em o seu inicio, mas Delore em uma communicação ao Congresso de Lyon, procurou soerguel-o do descredito em que jazia.

Deixando de parte as injecções perivenosas, cujo fim é produzir nos tecidos visinhos uma inflammação sub-aguda com retracção que se estende á veia varicosa, apenas faremos notar as injecções de alcool dilluido, aconselhadas por Broca, Marc Sée, English, e as de ergotina tentadas por Martin, Vogt e Ruge, as quaes pela sua inefficacia foram banidas da therapeutica das varices.

Dos estudos de Pravaz se originaram as injecções intravenosas adoptadas por Barrier, Valette, Petrequin e Desgranges que se utilisaram das

soluções de perchlorureto de ferro, abandonadas logo, máo grado os phantasticos resultados de Weinlechner, em consequencia dos accidentes gangrenosos e embolicos que se fizeram observar.

Socquet e Guillermond em 1854 imaginaram um liquido menos nocivo e então prepararam o licor iodo-tannico, introduzido na pratica no mesmo anno por Desgranges que não tardou em publicar os seus estudos sobre o novo agente, que mais tarde foi empregado por quasi todos os cirurgiões de Lyon.

Em a sua recente communicação ao Congresso de Cirurgia, Delore enaltece as qualidades curativas das injecções iodotannicas, expõe o seu methodo e conclue dizendo com enthusiasmo que essas injecções produzem a retracção das varices, o desapparecimento das suas nodosidades e originam uma phlebite terminando pela resolução com a chegada de novos elementos reparadores do tecido venoso, indo até a acreditar na reorganisação das valvulas.

Schwartz (Traité de Ch.) criticando esse methodo faz salientar alguns inconvenientes que daremos em rapida summula.

« 1º — É difficil de obter e conservar o liquido, muito instavel, destinado ás injecções; 2º a technica operatoria comquanto não seja difficil para

mãos exercitadas é todavia minuciosa e delicada; 3º o cirurgião não é senhor da acção do licor injectado, pois, elle faz a injecção ás cegas, sem saber se ha communicações mais ou menos largas com a profundesa; 4º pensamos que um methodo que traz forçosamente a coagulação do sangue em um territorio venoso relativamente extenso expõe a embolias. »

Esse tratamento tinha a sua indicação rasoavel antes da era antiseptica e anesthesica, quando as complicações infectuosas e os accidentes dolorosos restringiam grandemente o campo de acção das intervenções cirurgicas; hoje, porem, que esses elementos atemorisantes foram banidos, não mais figura no quadro therapeutico das phlebectasias semelhante meio de cura, cujos limites e intensidade não se podem dosar nem fixar.

O grupo de substancias medicamentosas que se tem proposto para o tratamento das ectasias venosas, é muito escasso e de duvidosa efficacia.

Como para a arterio-sclerose, se tem tentado o uso do *iodureto de potassio* na dose de alguns centigrammos quotidianamente.

Egualmente se aconselha tambem a tintura do *viburnum prunifolium*, muito empregada nos Estados Unidos.

No correr dos ultimos tempos se tem procurado exaltar as propriedades de um medicamento cuja acção se faz directamente sobre o systema venoso dando como resultado a retrocessão das varices; nós queremos falar das preparações do *Hamamelis virginica*.

Os resultados clinicos e a demonstração pratica da efficacia desse grupo de medicamentos não têm sido bastantes positivos para podermos affirmar o seu valor curativo, pelo que é mister ser-se reservado em o seu emprego.

Certas regras hygienicas de interesse devem ser cuidadosamente aconselhadas ao doente: estes devem evitar toda a fadiga exagerada, as grandes marchas e a estação de pé prolongada; devem se abster de todas as vestimentas que lhes produzam qualquer compressão, seja sobre os membros inferiores, seja sobre o tronco. As profissões que concorrem para o desenvolvimento das lesões do mesmo modo devem ser abandonadas.

O doente deverá manter o maior asseio, praticando lavagens com liquidos antisepticos e adstringentes, quentes ou frios.

Finalmente os varicosos deverão evitar as constipações e toda a causa de congestão pelviana que

possa trazer qualquer embaraço ao curso do sangue negro.

Como os hemorrhoidarios, os varicosos devem recorrer a um regimen alimentar rigoroso. Uma alimentação mais vegetal do que animal, o uso de aguas alcalinas, alguns laxativos, constituem o regimen a recommendar.

Deve-se proscrever de modo absoluto, o uso do alcool e das bebidas que o contêm.

A orthopedia varicosa funda-se na organisação de um apparelho que compense o tonus relaxado das veias ectasiadas, por uma compressão regular e methodica.

Esse apparelho foi outr'ora rudimentarmente representado por uma faixa que se fazia enrolar no membro varicoso.

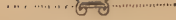
Attendendo-se, porem, a certos inconvenientes dessas faixas, confeccionou-se um apparelho especial conhecido por *meia elastica* trabalhado em cautchut, linho ou sêda que applicado sobre a peripheria do membro exerce sobre este uma compressão regular se oppondo a distensão venosa, impedindo a estase do sangue venoso e favorecendo a sua circulação. Essas meias acompanham a extensão das lesões, podendo ir do pé á côxa. Ellas são inteiriças ou divididas em peças que se

podem unir nas articulações, o que facilitará mais os movimentos da perna sobre a côxa e desta sobre a bacia.

Existem outras meias de varices feitas de tecidos não elasticos ou de pelle de cão, muito pouco empregadas hoje e de resultados inferiores aos da meia elastica.

Tem-se alliado com vantagem ao emprego da meia a pratica da massagem (Hugon) que consistirá principalmente em fricções feitas com lentidão e doçura, seguindo-se exactamente a direcção da corrente venosa.

Deve-se aconselhar ao doente applicar a sua meia pela manhã ao levantar-se e tiral-a á noite ao deitar-se.

O uso deste apparelho não traz prejuiso algum, entretanto auctores diversos têm notado alguns inconvenientes. Assim, Chaussier observou um caso de uma senhora que tinha crises de suffocação em cada vez que collocava a sua meia elastica sobre as varices; Paul Dubois, Delpaul, Girod e Briquet citados por Boudin, dizem ter notado hemorrhagias uterinas, pulmonares e abortamentos com o uso de faixas compressivas durante a gravidez. Albert Robin diz, porem, que esses factos constituem raras excepções, verdadeiras curiosidades clinicas e nada mais.

As verdadeiras contra-indicações, nos diz ainda esse grande mestre, são a presença das inflammações phlebiticas e das affecções cutaneas dolorosas, sobretudo as ulcerosas.

Esse modo de tratamento tem a sua utilidade pratica apenas nos casos de ligeiras ectasias venosas superficiaes, pequenas dilatações ou varices profundas inoperaveis.

PROPOSIÇÕES

Anatomia Descriptiva

I

A veia saphena interna nasce da veia dorsal interna e vae até o meio do triangulo de Scarpa.

II

Ella passa adiante do malleolo interno, sobe verticalmente na face interna da perna, do joelho e da coxa.

III

Ao nivel do triangulo de Scarpa, a tres centimetros abaixo da arcada de Fallope, ella perfura a aponevrose (ligamento falciforme de Allan Burns) formando uma ança sob o qual passa a arteria pudenda externa inferior.

Anatomia Medico-Cirurgica

I

A bainha dos vasos femoraes é uma dependencia directa da aponevrose femoral.

II

Em a sua porção superior ella forma o *canal crural.*

III

Em a sua porção inferior ella constitue o *canal de Hunter.*

Histologia

I

A structura do systema venoso é tão variavel que em uma mesma veia encontramos notaveis differenças segundo os pontos que se consideram.

II

Os auctores não estão accordes quanto ao numero de tunicas venosas, porem a maioria descreve duas: interna e externa.

III

O modo por que se distribuem os vasos na tunica externa, nos explica a frequencia das inflammações das veias.

Bacteriologia

I

O *bacillus septicus* foi descoberto por Coze e Feltz e isolado por Pasteur.

II

E' um anaerobio verdadeiro.

III

Cora-se facilmente pelos processos habituaes.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

Os tumores primitivos das veias são raros fora das lesões angiomatosas.

II

Os tumores secundarios, ao contrario, são muito frequentes.

III

Entre estes, são os sarcomas que invadem mais rapidamente as paredes venosas e vegetam em seu interior de maneira a darem nascimento a embolias neoplasicas.

Physiologia

I

A grande capacidade e a extrema dilatabilidade das veias em relação ás arterias fazem do systema venoso um diverticulum ou reservatorio que se presta a alojar grandes quantidades de sangue sem que a sua força elastica cresça muito.

II

Após terem sido distendidas, as veias voltam sobre si mesmo em virtude da sua elasticidade.

III

Para que ellas percam essa propriedade é preciso que tenham sido por muito tempo e fortemente distendidas ou haja uma alteração nas suas paredes e neste caso teremos verdadeiras varices.

Therapeutica

I

O *hamamelis vriginica* é um arbusto originario dos Estados Unidos pertencente á familia das barberideas.

II

Suas folhas e cascas são de um sabor amargo e adstringente e de um odor particular.

III

Esse medicamento não é toxico; entre nós elle é empregado em alta dose no tratamento das varices.

Medicina Legal

I

Indentidade é a determinação da individualidade de uma pessoa.

II

As provas da individualidade são fornecidas por signaes physiologicos, pathologicos ou accidentaes.

III

Nem sempre é facil ao medico perito o reconhecimento da identidade.

Hygiene

I

A depuração das aguas tem por fim expurgar os germens e as materias organicas que favorecem a sua proliferação.

II

A filtração central ou municipal é quasi sempre imprescindivel.

III

A filtração domiciliar entre nós é impossivel.

Pathologia Cirurgica

I

Chamam-se varices ou phlebectasias a inflammação chronica das veias, caracterisada pela dilatação permanente das suas paredes.

II

As veias mais expostas ás varices são as do membro inferior, principalmente a saphena.

III

Encontram-se tambem essas dilatações frequentemente nas veias do anus e do cordão spermatico, onde se denominam *hemorrhoides* e *varicoceles*.

Operações e Apparelhos

I

Resecção é a operação que tem por fim tirar uma parte ou a totalidade de um ou muitos ossos, respeitando as partes molles.

II

Essa operação é um dos grandes recursos da cirurgia conservadora.

III

E' graças a sua vulgarisação que se tem podido reduzir actualmente o numero de operações mutilantes.

Clinica Cirurgica (1.ª Cadeira)

I

Toda a communicação persistente entre uma arteria e uma veia é um aneurysma arterio-venoso.

II

Dous são os modos porque se fazem essas communicações: espontaneamente ou por traumatismo.

III

Os aneurysmas arterio-venosos traumaticos são muito mais frequentes.

Clinica Cirurgica (2.ª Cadeira)

I

Chamam-se fracturas soluções de continuidade produzidas nos ossos, ordinariamente por violencia exterior.

II

As fracturas podem ser completas ou incompletas.

III

Nas fracturas incompletas, mais raras que as completas, não ha crepitação.

Pathologia Medica

I

Ha duas especies de variola hemorrhagica: uma precoce e outra tardia.

II

A primeira é mais terrível que a segunda.

III

Ella é quasi sempre mortal.

Clinica Medica (1.ª cadeira)

I

Cumpre diagnosticar em tempo a hyperchlorhydria para que ella não traga como consequencia a gastro-succorrhéa.

II

O facto de encontrar-se acido chlorhydrico no conteúdo estomacal de um individuo em completo jejum é sufficiente para se diagnosticar essa molestia.

III

Em taes casos a melhor medicação é dar ao doente alcalinos que vão neutralisar a excessiva acidez do succo gastrico.

Clinica Medica (2.ª cadeira)

I

Clinicamente se deve ter como dilatado todo o estomago cujas dimensões são taes que elle affecta relações anormalmente extensas com a parede abdominal e os orgãos visinhos.

II

E' preciso para tal diagnostico que o augmento das relações seja independente da ptose.

III

Os ruidos hydro-aereos constituem o signal mais importante da dilatação; todavia não são pathognomonicos, pois podem se produzir em estomagos atonos de pequeno volume.

Clinica Propedeutica

I

Quando se applica a palma da mão sobre o thorax de um individuo que se faz falar em voz alta, se sente a cada palavra uma vibração particularmente rapida, que nasce com a emissão do vocabulo para cessar quasi ao mesmo tempo que elle.

II

A mão experimenta uma sensação identica áquella que teria se fosse applicada sobre uma caixa de resonancia em a qual se fizesse vibrar uma corda fortemente distendida ou um diapasão.

III

Esse phenomeno é clinicamente conhecido sob o nome de *fremito vocal* ou *peitoral*.

Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

I

Pela sua acção irritante sobre a mucosa digestiva, o bromureto de potassio necessita de um vehiculo bem escolhido.

II

Costuma-se prescrevel-o nos xaropes, no hydrolato de alface, etc.

III

O leite é o melhor vehiculo.

Historia Natural Medica

I

Os *sarcoptes hominis* pertencem a familia dos acarianos e á classe dos arachinoides.

II

Elles se apresentam a olho desarmado sob a forma de um nodulo inrregularmente redondo, cinsento, legeiramente transparente, que comprimido entre as unhas se quebra produzindo um ligeiro ruido.

III

Este parasita é o productor da sarna.

Chimica Medica

I

O bromureto de potassio é um sal de sabor salgado e picante, muito saluvel n'agua, crystalisando-se em cubos incolores.

II

Obtem-se tratando uma solução aquosa de potassa pelo bromo.

III

Convem purificar o sal assim obtido.

Obstetricia

I

A versão é uma operação que consiste em transformar uma posição existente em outra que facilite o parto

II

Ha duas especies de versão, segundo se leva a cabeça ou o pelvis ao nivel do estreito: *versão cephalica* e *versão podalica*.

III

Essa operação pode ser praticada por manobras externas ou internas.

Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

A gravidez imprime ao organismo inteiro profundas modificações.

II

Estas podem ser geraes e locaes.

III

As primeiras se fazem á distancia nos differentes apparelhos da economia, as segundas se realísam ao nivel dos orgãos genitaes ou melhor em toda a região genital.

Clinica Pediatrica

I

A diarrhea verde é uma molestia muito frequente na infancia.

II

Ella é de origem bacillar.

III

A pasteurisação do leite constitue o seu trrtamento prophylactico.

Clinica Ophtalmologica

I

A myopia é uma anomalia de refracção em a qual a retina é collocada alem do fóco principal dos meios refringentes do olho.

II

E' geralmente uma affecção hereditaria ou congenita.

III

A causa mais commum da myopia adquirida é o esforço de convergencia e de acommodação para a visão de perto.

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I

A tuberculide pustulo-ulcerosa é uma forma de tuberculose cutanea.

II

Caracterisa-se no começo por meio de pustulas analogas ás do empetigo vulgar, porem mais profundas.

III

Estas pustulas são seguidas de crostas amarellas que cobrem ulcerações arredondadas.

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I

Nem todo o delirio systematizado é symptoma de paranoia.

II

A paranoia é originaria.

III

A paranoia é incuravel,

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1905.

O Secretario

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.